

Universidade de Brasília

Faculdade de Ceilândia

Saúde coletiva

Edilaine da Silva Ferreira

Percurso da mãe para acesso aos serviços de saúde da criança: fator
contribuinte para o óbito infantil, Ceilândia-DF

BRASÍLIA, DF

2012

Edilaine da Silva Ferreira

Percurso da mãe para acesso aos serviços de saúde da criança: fator
contribuinte para o óbito infantil, Ceilândia-DF

Monografia de conclusão de curso
apresentada à banca como requisito parcial
para obtenção do grau de bacharel em Saúde
Coletiva, apresentada à seguinte banca
examinadora.

Professora Antônia Angulo-Tuesta
(Universidade de Brasília)

Professora Luiza de Marilac Meireles Barbosa
(Universidade de Brasília)

Professora Patrícia Maria Fonseca Escalda
(Universidade de Brasília)

BRASÍLIA, DF

2012

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus que me concedeu força e sabedoria na elaboração desta monografia. À Universidade Estadual Paulista de Presidente Prudente-SP por colaborar com a produção do mapa deste trabalho. Também sou grata aos meus familiares e amigos pelo apoio dado às minhas escolhas.

RESUMO

O principal objetivo deste estudo é analisar o itinerário que a mãe realizou no processo do adoecimento da criança até óbito em relação aos serviços de saúde.

A taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil, apesar do declínio registrado, é ainda muito elevada. A velocidade de queda está aquém do desejado e sua redução constitui um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, já que maioria das mortes precoces pode ser evitada.

Para a análise dos óbitos infantis foi utilizado o banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) durante o período de 2001-2008. Para identificar o itinerário que a mãe realizou durante o processo de adoecimento da criança até o óbito, no período de 2011, foi aplicado um questionário com as variáveis socioeconômicas como: estado civil da mãe, escolaridade da mãe, ocupação e renda e condições ambientais relacionadas à moradia e saneamento e, as condições de gestação e de parto, condições de saúde da criança e evolução do processo de doença que gerou a hospitalização. O processamento e análise dos dados foram realizados por meio do SPSS e EpiInfo. Para identificar a distribuição espacial da mortalidade infantil pós-neonatal do mesmo período foi realizado o registro de coordenadas geográficas no local de residência da mãe, utilizando-se um GPS.

Com os resultados desta pesquisa observou-se que a maior frequência de óbitos ocorreu em crianças do sexo masculino, nascidas de parto cesáreo, com idade gestacional de 37-41 semanas. As mães destas crianças possuíam a idade maior de 19 anos. As principais causas de óbito pós-neonatal em Ceilândia e classificadas segundo a CID-10 foram malformações congênitas, doenças infecciosas, afecções originadas no período perinatal, doenças do aparelho respiratório e doenças do sistema nervoso.

Segundo a distribuição espacial da mortalidade infantil pós-neonatal foi identificado maior frequência de óbitos no bairro Ceilândia Norte. Em relação ao itinerário que a mãe realizou quando a criança adoeceu, o primeiro serviço de saúde que a maior parte das mães procurou foi o hospital e a maioria das crianças permaneceu nesta unidade de saúde até o óbito.

O estudo mostra a necessidade de que as iniciativas em relação à saúde materno-infantil por parte dos prestadores e gestores devem ser baseadas em uma avaliação dos aspectos preventivos e qualitativos relacionados com o processo saúde-doença e no comprometimento dos serviços de saúde em Ceilândia com assistência adequada e de boa qualidade à saúde materno-infantil.

Palavras-chave: mortalidade infantil; acesso ao serviço de saúde; saúde da criança; georreferenciamento.

ABSTRACT

The main objective of this study is to analyze the route that the mother held in child's process of illness until death in relation to health services.

The infant mortality rate (IMR) in Brazil, despite the decline registered, is still very high. The drop rate is below the desired level and its reduction is a challenge for health services and society, since most of the early deaths can be avoided.

The analysis of infant deaths was used Database Information System (SIM) during the period 2001-2008. To identify the route that the mother held during the illness of the child to death, from 2011, a questionnaire was given to the socioeconomic variables such as mother's marital status, mother's education, occupation and income, environmental conditions related housing and sanitation, and the conditions of pregnancy and childbirth, child health and progress of disease that led to hospitalization. The processing and data analysis were performed using the SPSS and EpiInfo. To identify the spatial distribution of post-neonatal infant mortality in the same period was held the record geographic coordinate the place of residence of the mother, using a GPS.

The results of this research showed that the highest frequency of deaths occurred in male children born by cesarean section, gestational age of 37-41 weeks. The mothers of these children were age greater than 19 years. The main causes of death in post-neonatal Ceilândia and classified according to ICD-10 were congenital malformations, infectious diseases, conditions originating in the perinatal period, diseases of the respiratory and nervous system disorders.

According to the spatial distribution of post-neonatal infant mortality was identified more frequently in the neighborhood of deaths Ceilândia North. Regarding the itinerary when the mother held the child fell ill, the first health service that most mothers sought was the hospital and most of the children remained in the clinic until death.

The study shows the need for initiatives regarding health and child marteno by providers and managers must be based on an evaluation of qualitative and preventive aspects related to the disease process and the involvement of health services in Ceilândia with appropriate assistance and good quality maternal and child health.

Keywords: infant mortality, access to health services, child health; georeferencing.

ABREVIATURAS

Classificação Internacional de Doenças (CID)

Distrito Federal (DF)

Declaração de Óbito (DO)

Equipe Saúde da Família (ESF)

Hospital de Base -DF (HBDF)

Hospital Regional da Asa Norte-DF (HRAN)

Hospital Regional de Ceilândia - DF (HRC)

Hospital Regional do Piauí (HRPI)

Hospital Renascer-DF (HREN)

Hospital São Francisco- DF (HSF)

Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS)

Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)

Sistema Único de Saúde (SUS)

Taxa de Mortalidade Infantil (TMI)

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo características selecionadas no período de 2001 a 2008, Ceilândia/DF.....22

TABELA 2- Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo causa básica (CID 10) no período de 2001 a 2008, Ceilândia /DF23

TABELA 3- Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo características selecionadas no período de 2011, Ceilândia/DF.....24

TABELA 4- Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo causa básica (CID 10) no período de 2011, Ceilândia/DF.....25

TABELA 5- Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo as variáveis socioeconômicas selecionadas no período de 2011, Ceilândia/DF.....26

TABELA 6 - Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo as condições de saúde da mãe no período de 2011, Ceilândia/DF.....28

TABELA 7- Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo as condições de saúde da criança no período de 2011, Ceilândia/DF.....30

SUMÁRIO

1-INTRODUÇÃO	9
2- JUSTIFICATIVA	11
3- OBJETIVOS	12
4- MARCO TEÓRICO	13
5- METODOLOGIA	16
5.1-TIPO DE ESTUDO	16
5.2-LOCAL DO ESTUDO	16
5.3- ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS DE SAÚDE	16
5.4- FONTE DE DADOS	17
5.5- VARIÁVEIS DO ESTUDO	18
5.6-VARIÁVEIS DO QUESTIONÁRIO	18
5.7-ANÁLISE DOS DADOS.....	19
5.8-PERÍODO DO ESTUDO	19
5.9-CONSIDERAÇÕES ÉTICAS.....	19
6- RESULTADOS E DISCUSSÃO	20
6.1-PERFIL DOS ÓBITOS PÓS-NEONATAIS NO PERÍODO DE 2001-2008	20
6.2-PERFIL DOS ÓBITOS PÓS-NEONATAIS NO PERÍODO DE 2011	23
6.3-DISTRIBUIÇÃO ESPACIAL DA MORTALIDADE INFANTIL PÓS-NEONATAL NO PERÍODO DE CEILÂNDIA.....	27
6.4-ITINERÁRIO QUE A MÃE REALIZOU DURANTE O PROCESSO DE ADOECIMENTO DA CRIANÇA ATÉ O ÓBITO NO PERÍODO DE 2011	29
7- CONCLUSÃO	31
REFERÊNCIAS.....	32
APÊNDICES.....	35
APÊNDICE I- QUESTIONÁRIO	35
APÊNDICE II - DICIONÁRIO PARA TRAÇAR O PERFIL DOS ÓBITOS PÓS-NEONATAIS.....	38
IDENTIFICAÇÃO DAS VARIÁVEIS MATERNAS.....	38
APÊNDICE III- DICIONÁRIO DE CODIFICAÇÃO DO QUESTIONÁRIO PARA COLETA DE DADOS	40
APÊNDICE IV -TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO – TCLE	44
ANEXO.....	46
ANEXO I- CARTA DE APROVAÇÃO.....	46

1-INTRODUÇÃO

A taxa de mortalidade infantil (TMI) no Brasil, apesar do declínio registrado, é ainda muito elevada. A velocidade de queda está aquém do desejado e sua redução constitui um desafio para os serviços de saúde e para a sociedade, já que em sua maioria essas mortes precoces podem ser evitadas. A TMI tem sido considerada como sensível indicador da qualidade de vida de uma população, determinada pelas condições socioeconômicas e culturais dos indivíduos ³.

No Brasil se tem um leve declínio das taxas de mortalidade infantil, de 162 mortes por 1.000 nascidos vivos em 1930 para 115 mortes por 1.000 nascidos vivos em 1970 – redução de cerca de 1% ao ano. Nos anos de 1970, a redução anual da mortalidade infantil foi de 3,2% e em 1980 o coeficiente de mortalidade infantil atingiu 83 mortes por 1.000 nascidos vivos. Os decréscimos anuais da mortalidade infantil aumentaram após 1980 em que ocorreram 47 mortes por 1.000 nascidos em 1990, 27 mortes em 2000 e 19 em 2007. As taxas anuais de redução da mortalidade infantil foram de 5,5% nas décadas de 1980 e 1990 e, de 4,4% no período 2000–2008 ²².

O decréscimo anual da mortalidade neonatal entre 2000 e 2008 (3,2% ao ano) foi menor que o da mortalidade pós-neonatal (8,1%), sendo que as mortes neonatais representaram 68% da mortalidade infantil em 2008. As principais causas de óbito no período pós-neonatal são consideradas evitáveis e de fácil intervenção por estarem associadas a condições precárias de saneamento básico e de acesso aos cuidados de saúde ²².

Na última década (2000) o coeficiente de mortalidade infantil no Distrito Federal apresentou redução de 17% devido a diversos fatores, como aumento da cobertura vacinal, melhor controle das doenças infecciosas, ampliação da assistência pré-natal, ao parto e melhoria das condições sanitárias. Esta queda foi verificada no componente pós-neonatal ²⁹.

No entanto, a acentuada redução das taxas de mortalidade infantil observada nas últimas décadas em todo o mundo, contudo, não tem sido acompanhada por sensível melhora da qualidade de vida, sobretudo em países em desenvolvimento como o Brasil ²².

No Brasil, a constituição de 1988 assegura que a saúde é direito de todos e dever do Estado, com acesso universal e igualitário à saúde, mas se observam grandes barreiras no acesso aos serviços ambulatoriais e hospitalares ⁷.

A agenda de compromissos para a saúde integral da criança e redução da mortalidade bem com a organização de uma rede integrada de assistência deve ser de acordo com os princípios já garantidos na Constituição Federal de 1988, no Estatuto da Criança e na Lei Orgânica da Saúde de 1990, como o direito de acesso aos serviços de saúde, hierarquizados e com enfoque da integralidade do indivíduo e da assistência, que garantam a resolubilidade adequada e promovam a equidade ⁹.

Dessa forma o Sistema Único de Saúde (SUS), além de assegurar o cuidado nos níveis primário, ambulatorial e hospitalar também tem a função de realizar ações de promoção da saúde, vigilância em saúde, controle de vetores e educação sanitária²¹.

Assim, o desenvolvimento da Atenção Primária ou Atenção Básica tem sido impulsionado pela descentralização e apoiado por programas inovadores. A atenção básica tem como função implementar ações intersetoriais de promoção da saúde e prevenção das doenças e para isso, foi instituído o Programa Saúde da Família (PSF) que hoje é chamado Estratégia Saúde da Família (ESF). Criado como um programa que oferece serviços de saúde materno-infantil com o objetivo de expandir o acesso à atenção básica com equipes de médicos, enfermeiras e agentes comunitários de saúde nas áreas urbanas mais pobres do país ³.

O serviço de saúde que a ESF oferece está associado à redução da mortalidade pós-neonatal, ou seja, a redução de mortes por doenças diarreicas e por infecções no aparelho respiratório ^{18,26}.

Considerando os preceitos supracitados, propôs-se a analisar o itinerário que a mãe realizou no processo do adoecimento da criança até óbito em relação aos serviços de saúde na Ceilândia – DF, como contribuição para melhor compreensão das circunstâncias em que ocorreram as mortes pós-neonatais visando sua prevenção no futuro.

2- JUSTIFICATIVA

Os fatores de risco para a mortalidade infantil abordam tanto os fatores biológicos: idade materna, paridade, peso ao nascer e duração da gestação, quanto os sociais: escolaridade da mãe, ocupação dos pais, renda familiar e hábitos e organização dos serviços de saúde que estão condicionados a elementos como disponibilidade de acesso aos serviços de saúde, aceitabilidade e resolubilidade do serviço de saúde ¹¹.

Assim a análise das condições de nascimento e da mortalidade pós-neonatal é necessária para estabelecer mudanças estruturais relacionadas às condições socioeconômicas da população e orientar as ações dos serviços de saúde definidas pelas políticas públicas de saúde, pois essas mortes na sua maioria são evitáveis, desde que a população tenha acesso a serviços qualificados de saúde ⁶.

A justificativa do estudo tem como base proporcionar o conhecimento da realidade da mortalidade infantil pós-neonatal em Ceilândia-DF. Além disso, a existência de escassos estudos sobre essa temática na Regional de Ceilândia, bem como os esforços que vem sendo instituídos pelas políticas públicas de saúde no Distrito Federal para a redução da mortalidade infantil justificam a realização desse estudo.

3- OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

Analisar o itinerário que a mãe realizou no processo do adoecimento da criança até o óbito em relação aos serviços de saúde.

3.2 Objetivos Específicos

- Analisar o perfil dos óbitos infantis pós-neonatais no período de 2001 a 2008
- Identificar o itinerário que a mãe realizou durante o processo de adoecimento da criança até o óbito no período de 2011
- Delinear a distribuição espacial da mortalidade infantil pós-neonatal em Ceilândia

4- MARCO TEÓRICO

A mortalidade infantil composta por óbitos neonatal e pós-neonatal, é um coeficiente que retrata as condições de vida de uma população. Este coeficiente é utilizado como indicador do nível de desenvolvimento e da qualidade de vida das nações, bem como da qualidade e organização da assistência prestada nos diversos níveis de organização dos serviços de saúde ⁴.

A mortalidade infantil tem forte vínculo com as condições socioeconômicas e estudos mostram que medidas de saúde pública simples e de baixo custo foram responsáveis pela redução da mortalidade infantil em todo mundo ^{23, 24,30}.

No Distrito Federal em 2011 houve redução na taxa de mortalidade infantil entre crianças menores de um ano de idade, pois segundo a Secretaria de Saúde do Distrito Federal a taxa verificada nesse ano foi de 11,5 óbitos por mil nascidos vivos (NV), contra 12,6/1000NV registrados em 2010. A mortalidade infantil no DF desde 2005 decresceu cerca de 2,2 pontos, enquanto no Brasil a taxa foi de 16,1/1000NV em 2010 ¹².

A redução na taxa de mortalidade infantil é resultado do esforço da Secretaria da Saúde em reorganizar a assistência ao pré-natal e à criança, pois quanto mais baixas são as taxas de mortalidade, maior é o desafio de reduzi-las ¹².

O desenvolvimento socioeconômico e a infra-estrutura ambiental, que condicionam a desnutrição infantil e as infecções a ela associadas e ao acesso aos recursos disponíveis para atenção à saúde materno-infantil são determinantes da mortalidade pós-neonatal ²⁰.

A evitabilidade do óbito pós-neonatal refere-se às causas de mortes preveníveis, total ou parcialmente por meio de ações efetivas dos serviços de saúde que sejam acessíveis em um determinado local e deve ser uma corresponsabilidade da assistência médico-hospitalar, e os serviços de saúde de boa qualidade, acessíveis e eficazes, se não são capazes de intervir no processo desencadeante da doença, deveriam reconhecer precocemente e oferecer tratamento adequado às doenças da criança ^{16, 17, 28}.

A mortalidade pós-neonatal está associada à distribuição desigual de população no espaço, decorrente da distribuição assimétrica da riqueza entre os grupos sociais que propicia de forma direta a exposição diferenciada aos riscos inerentes a cada território como os socioambientais e os sanitários. Essa desigualdade pode ser compensada ou agravada pela alocação dos serviços de saúde, que deve estar voltada para o atendimento adequado aos problemas e às necessidades da população ⁷.

A determinação de fatores de risco ao nascer é um método eficaz para prever o óbito pós-neonatal. Além disso, as variáveis “peso ao nascer igual ou inferior a 2.500g”, “malformação ao nascer”, “necessidade de internação do recém-nascido após a alta materna” se associam significativamente ao óbito pós-neonatal ².

No que se referem às causas do óbito infantil, as doenças perinatais são determinadas por fatores socioeconômicos e culturais como renda, educação, condições inadequadas de nutrição, saneamento e também por falta de acesso aos fatores de proteção - vacinas, manejo adequado das doenças infecciosas, atenção pré-natal e pós-neonatal ³¹.

A atenção adequada ao pré-natal, a realização de exames laboratoriais e clínicos básicos com adequado atendimento em sala de parto, possibilita redução de até um quarto das mortes infantis, pois contribui para redução dos partos prematuros, baixo peso ao nascer, síndrome de sofrimento respiratório e problemas maternos ³¹.

A persistência de desigualdades sociais, falta de acesso à educação, renda, saneamento e serviços de saúde básicos, como pré-natal e seu acompanhamento contribuem para elevados níveis de mortalidade pós-neonatal. E essa situação pode ser resolvida com controle mais efetivo de políticas públicas e ações organizadas, voltadas para atenção às mães e crianças, com o objetivo de minimizar as desigualdades regionais ²⁹.

As técnicas de georreferenciamento possibilitam à localização e visualização na organização espacial dos territórios, a reprodução dessas assimetrias, revelando particularidades de grupos sociais nas formas de adoecer e morrer, correlacionando eventos de saúde e condições de vida das pessoas. Quando fazem isso, evidencia-se uma grande heterogeneidade social e espacial nas condições de pobreza ⁷.

Entre as principais estratégias para a redução do óbito infantil na Regional de Ceilândia consiste no trabalho do Comitê de Prevenção ao Óbito Infantil, criado pelo Ministério da Saúde. O referido Comitê serve como subsídio para tomada de decisão pelas partes competentes, favorecendo a formulação de políticas públicas mais eficazes para a melhoria na organização da assistência de saúde visando a redução de mortes evitáveis ⁷.

Segundo estudo realizado pelo Ministério da Saúde, o Programa Saúde da Família (PSF) teve impacto significativo na queda da mortalidade infantil. Foi observado que para cada aumento de 10% da cobertura do PSF, a mortalidade infantil caiu 4,5% ¹⁹.

A Estratégia Saúde da Família é uma reorientação do modelo assistencial e tem grande impacto na redução da mortalidade infantil, pois contribui para o acompanhamento da mãe e do filho no período gestacional e depois dele. As equipes desenvolvem ações de promoção da saúde, prevenção, recuperação, reabilitação de doenças e agravos mais frequentes, e na manutenção da saúde desta comunidade.

Também o Plano de Ação da Rede Cegonha de atenção materno-infantil que preconiza uma rede assistencial organizada, hierarquizada e que esteja de acordo com os princípios do SUS estabelece a ampliação da resolução dos serviços, por meio da estruturação e adequação física das unidades, como também a reorganização dos fluxos assistenciais da rede de referência e contra referência e a capacitação dos servidores da rede. Essas ações representam a melhoria dos processos de gestão, com ampliação do acesso nas áreas consideradas críticas das Regionais de Saúde do Distrito Federal e a operacionalização efetiva desse Plano representa uma contribuição para redução dos óbitos pós-neonatais ¹².

5- METODOLOGIA

5.1-Tipo de estudo

Trata se de um estudo descritivo que faz uma distribuição de frequência das doenças e agravos à saúde de acordo com as variáveis de espaço, tempo e pessoa, possibilitando o conhecimento do perfil epidemiológico de uma população definida pelo pesquisador ²⁷.

5.2-Local do estudo

A cidade de Ceilândia surgida a partir da Campanha de Erradicação de Invasões – CEI, em 1971, hoje é subdividida em diversos bairros como: Ceilândia Centro, Ceilândia Sul, Ceilândia Norte, P Sul, P Norte, Setor O, Expansão do Setor O, Setor Privê e os condomínios Pôr do Sol e o Sol Nascente ²⁴.

Ceilândia é uma das maiores cidades satélites de Brasília e concentra mais de 18% da população do DF, com população de 398.374 habitantes no ano de 2011. Tem uma taxa de crescimento anual de 3,1% sendo que 64,3% de sua população está no grupo de 15 a 59 anos, responsável pela força de trabalho. A cidade tem uma das menores rendas per capita da região. Hoje 20,2% da população da cidade possui o segundo grau completo e 3,9 % concluiu o ensino superior. Esse território está em expansão e configura-se como a cidade mais populosa da região ²⁴.

5.3- Organização dos serviços de saúde

A Secretaria de Saúde do Distrito Federal está organizada em quinze regionais de saúde. Ceilândia constitui uma dessas regionais, que possui atualmente, um Hospital Regional, um Laboratório Regional e doze Centros de Saúde; um Posto de Saúde Urbano e um Posto de Saúde Rural e hoje há 9 ESF 15 PACS ²⁵.

5.4- Fonte de dados

5.4.1- Os óbitos foram obtidos a partir do banco de dados do Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM) que tem como instrumento de coleta de dados a declaração de óbito (DO). Esses dados são disponibilizados pela Secretaria de Saúde do Distrito Federal. Foram selecionados os óbitos infantis pós-neonatais com idade entre 28 dias e 364 dias de vida¹. Para o período de 2001 a 2008 o total de óbitos foi 242 e em 2011 30 óbitos. As causas básicas de morte foram selecionadas segundo a Classificação Internacional de Doenças, 10ª revisão (CID10)¹⁸.

5.4.2- Para identificar o itinerário que a mãe realizou durante o processo de adoecimento da criança até o óbito, foi construído um questionário semi-estruturado (Apêndice 1). A aplicação do questionário foi realizada pela pesquisadora por meio das visitas domiciliares, em dias diversos da semana, no período de um mês. Dos 30 óbitos identificados no período pós-neonatal em Ceilândia–DF no período de 2011, só foi possível entrevistar 17 mães dessas crianças que morreram. Os 13 óbitos não investigados foram filhos de 7 mães de endereço não identificado porque elas haviam mudado, 1 mãe que recusou responder o questionário, 3 mães buscadas por três vezes pela pesquisadora em suas residências mas que não foram encontradas e de 2 mães em que o endereço da DO não foi encontrado.

5.4.3- Para a identificação da distribuição espacial da morte infantil pós-neonatal ocorrido no período estudado, foi realizada a coleta primária de dados com o uso de GPS das informações de latitude, longitude e altitude de cada endereço do óbito. As informações coletadas foram inseridas no Sistema de Informação Geográfica por meio de um software, o ArcGis 9.3®. Como resultado, foi elaborado um mapa com a distribuição espacial dos óbitos pós-neonatais.

5.5- Variáveis do estudo

5.5.1- As variáveis que foram selecionadas para traçar o perfil dos óbitos no período de 2001 a 2008 foram: grau de instrução da mãe, anos de estudo (nenhum, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11 e 12 e mais), idade materna (≤ 19 anos e > 19 anos), peso ao nascer (menor que 2.500 gramas-baixo peso e igual ou superior a 2.500 gramas-peso adequado, duração da gestação (menos de 22 semanas, 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas, 37 a 41 semanas e 42 semanas e mais), sexo (masculino e feminino), tipo de gravidez (única, dupla e tripla e mais), tipo de parto (vaginal e cesáreo) e raça/cor (branca, preta e parda).

5.5.2- Para os óbitos referentes ao ano de 2011 foi possível recuperar no SIM as seguintes variáveis: grau de instrução da mãe, anos de estudo (nenhum, 1 a 3, 4 a 7, 8 a 11 e 12 e mais), idade materna (≤ 19 anos e > 19 anos), peso ao nascer (menor que 2.500 gramas-baixo peso e igual ou superior a 2.500 gramas-peso adequado, duração da gestação (menos de 22 semanas, 22 a 27 semanas, 28 a 31 semanas, 32 a 36 semanas, 37 a 41 semanas e 42 semanas e mais), sexo (masculino e feminino), tipo de gravidez (única, dupla e tripla e mais), tipo de parto (vaginal e cesáreo) e raça/cor (branca, preta e parda).

5.6-Variáveis do questionário

As variáveis para traçar o percurso da mãe de acesso aos serviços de saúde da criança até o óbito foram: estado civil da mãe, escolaridade da mãe, ocupação da mãe e renda da mãe, condições ambientais relacionadas à moradia e saneamento e, as condições de gestação e de parto, condições de saúde da criança e evolução do processo de doença que gerou a hospitalização. Como também foram utilizadas as informações pertinentes ao acesso aos serviços de saúde como tipos de serviços de saúde que a mãe procurou e à qualidade da atenção médico-hospitalar à mãe e à criança.

5.7-Análise dos dados

A taxa de mortalidade pós-neonatal foi calculada como o número de óbitos pós-neonatais por mil nascidos vivos residentes em Ceilândia no período de 2011. O cálculo considerou no numerador o total de óbitos pós-neonatais e no denominador o total de nascimentos vivos para o mesmo período ¹.

Para a análise do perfil dos óbitos no período de 2001 a 2008 foi utilizado o software SPSS versão 19, em que foi realizada uma distribuição de frequência das variáveis estudadas (Apêndice II).

Para traçar o percurso da mãe de acesso aos serviços de saúde da criança até o óbito foram codificadas (apêndice III) as variáveis do questionário que posteriormente foram processadas e analisadas no EpiInfo 3.3, por meio da distribuição de frequência das variáveis estudadas.

5.8-Período do estudo

Dois foram os períodos estudados, o de 2001 a 2008 para análise dos óbitos, e o de 2011 para verificar o percurso da mãe desde o adoecimento até o óbito de seu filho.

5.9-Considerações éticas

Todas as mães participantes do estudo assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido. Para esta etapa do estudo, obteve-se aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Secretaria de Saúde do Distrito Federal, sob número de protocolo 023/12 de 18 abril de 2012.

6- RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1-Perfil dos óbitos pós-neonatais no período de 2001-2008

Do total de óbitos pós-neonatais (242) em Ceilândia-DF, segundo as características maternas (Tabela 1), observou-se que a maior parcela das mortes ocorreu entre as crianças de mães com idade maior que 19 anos (82,4%) e mães com idade menor ou igual a 19 anos corresponderam à 17,6%. A idade materna tem influência sobre as condições de vida da gestante e do bebê, segundo o Ministério da Saúde, a idade materna menor que 15 anos e maior que 35, é um fator de risco para a gestação e posterior mortalidade da criança⁸.

Sobre a escolaridade das mães, verificou-se que a proporção de óbitos foi maior entre as crianças das mães com instrução de 1 a 7 anos (45,5%), instrução de 8 a 11 anos (42,4%), sendo apenas de 12,1% entre aquelas de mulheres com 12 ou mais anos de estudo. Mães com maior educação na maioria são aquelas de classes econômicas mais altas, com menor número de filhos, com maior acesso ao conhecimento sobre os cuidados infantis, aos bens e serviços de saúde, fatores que aumentam a proteção ao óbito pós-neonatal¹⁴.

Em relação às características da gravidez (Tabela 1), ocorreu maior proporção de óbitos em crianças cujas mães tiveram gravidez única (96,5%). Quanto à duração da gestação, foi registrado maior percentual de óbitos entre crianças com 37 a 41 semanas de gestação (53,2%).

Em relação ao tipo de parto, os partos cesarianos corresponderam a 54,9%, sendo que no Brasil a realização de parto cesáreo aumentou de 38,0% em 2000 para 52,3% em 2010. O aumento do parto cesáreo em mulheres com menor escolaridade pode estar relacionado ao maior acesso dessas mulheres a serviços de saúde de maior complexidade⁵.

Analisando-se características das crianças, evidenciou-se que maior proporção de óbitos ocorreu em crianças do sexo masculino (54,5%) e constatou-se maior percentual de óbitos entre crianças pardas (50,4%). Apenas 1,7 % dos óbitos foram em crianças negras. Esperava-se que o evento ocorresse mais em indivíduos desta

raça/cor, já que historicamente eles enfrentaram condições de vida mais precárias e por isso foi sempre a raça mais susceptível aos agravos, doenças e morte ¹.

Sobre o peso ao nascer, verificou-se um maior percentual de óbitos (50,5%) entre as crianças de peso normal com uma pequena diferença de 1% das crianças de baixo peso (49,5%). Entretanto é preocupante o fato de ser elevado o percentual de crianças que morreram com peso adequado, pois são óbitos que poderiam ter sido evitados se tivessem tido uma atenção adequada durante a gestação, o parto e o nascimento. O peso da criança ao nascer está interligado à sua capacidade de responder positivamente ao tratamento e está relacionado à sobrevivência da criança, no entanto mesmo as crianças com baixo peso ao nascer, a mortalidade pode ser evitada pela qualidade da assistência médica ao recém-nascido ²¹.

Segundo a causa de óbitos, identificou-se (Tabela 2) que o maior percentual de mortes infantis correspondeu à malformação congênita (33,9%), o segundo maior grupo correspondeu às doenças infecciosas (18,2%), seguido por doenças do aparelho respiratório (11,2%).

Destaca-se que as malformações congênitas não especificadas do coração do coração, dentro do grupo das anomalias congênitas (Q249), constituíram 8,7% das mortes nesse grupo. O aumento dessa causa de óbito pode ser atribuído à redução das outras causas de morte e também à melhoria da assistência ao recém-nascido e ao maior acesso aos serviços de saúde de tratamento intensivo no período neonatal ¹.

No grupo das doenças infecciosas, identificou-se maior frequência de causas por diarreia e gastroenterite de origem infecciosa presumível (A09; 9,9%) e outra septicemias (A419; 4,1%), e no grupo das doenças do aparelho respiratório houve maior frequência de causas por pneumonia não especificada (J189; 4,1%) e pneumonia por micro-organismo não especificada (J180; 3,3%). Essas são causas reduzíveis por ações adequadas de diagnóstico e tratamento, ou seja, que identifica a dificuldade de acesso das mães aos serviços de saúde ¹⁸.

Entre as características que mais exercem influência sobre a condição de saúde e a sobrevivência do recém-nascido destaca-se a idade gestacional, o peso ao nascer e a presença de anomalias congênitas³².

Esses óbitos reforçam a atenção sobre as questões de acesso aos serviços de saúde e aos bens básicos de consumo e de cuidados oferecidos pela família às crianças no primeiro ano de vida. Dessa forma, investir na qualidade do pré-natal e no atendimento ao parto podem reduzir essas doenças no período pós-neonatal ¹.

TABELA 1-Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo características selecionadas do período de 2001 a 2008, Ceilândia/DF

Variáveis	Númerabsolutos	Distribuição\ (%)
Mãe		
Idade da Mãe	199	100
≤19 anos	35	17,6
>19 anos	164	82,4
Escolaridade da Mãe	191	100
Nenhuma	10	5,2
1 a 3 anos	17	8,9
4 a 7 anos	60	31,4
8 a 11 anos	81	42,4
12 e mais	23	12,1
Duração da Gestação	203	100
Menos de 22 semanas	1	0,5
22 a 27 semanas	12	5,9
28 a 31 semanas	23	11,3
32 a 36 semanas	53	26,1
37 a 41 semanas	108	53,2
42 semanas e mais	6	3,0
Tipo de Gravidez	200	100
Única	193	96,5
Dupla	7	3,5
Tripla e mais	-	-
Tipo de parto	204	100
Vaginal	92	45,1
Cesáreo	112	54,9
Recém-nascido		
Sexo	242	100
Masculino	132	54,5
Feminino	110	45,5
Raça/Cor	234	100
Branca	112	47,9
Preta	4	1,7
Parda	118	50,4
Peso ao nascer (g)	190	100
<2.500	94	49,5
≥2.500	96	50,5

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

TABELA 2- Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo causa básica (CID 10) do período de 2001 a 2008, Ceilândia/DF

CID-10	Números Absolutos	Distribuição/ (%)
Causa Básica		
A00-B99 Algumas doenças infecciosas e parasitárias	44	18,2
C00-D48 Neoplasias	02	0,8
D50-D89 Doenças do sangue, órgãos hematopoiéticos e transtornos imunitários	01	0,4
E00-E90 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	09	3,7
G00-G99 Doenças do sistema nervoso	15	6,2
I00-I99 Doenças do aparelho circulatório	02	0,8
J00-J99 Doenças do aparelho respiratório	27	11,2
K00-K93 Doenças do aparelho digestivo	06	2,5
M00-M99 Doenças do Sistema Osteomuscular e do Tecido Conjuntivo	01	0,4
N00-N99 Doenças do aparelho geniturinário	04	1,7
P00-P96 Algumas afecções originadas no período perinatal	14	5,7
Q00-Q99 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	82	33,9
R00-R99 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	12	5,0
V, W, X, Y Causas externas de morbidade e de mortalidade	23	9,5
Total	242	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

6.2-Perfil dos óbitos pós-neonatais no período de 2011

No ano de 2011 a taxa de mortalidade pós-neonatal em Ceilândia foi de 4,9/1000 nascidos vivos e relação ao Brasil a taxa de mortalidade pós-neonatal passou de 9,6/1.000 NV em 2000 para 5,0/1.000 NV em 2010, o que representa uma queda de 48% no período ⁵.

A partir dos resultados referentes ao percurso da mãe do adoecimento da criança até a morte, foi possível identificar que a maior parcela dos óbitos ocorreu entre as crianças de mães com idade maior que 19 anos (76,5%) e em relação às características da gravidez ocorreu maior proporção de óbitos em crianças cujas mães tiveram gravidez única (94,1%).

Quanto à duração da gestação, foi registrado maior percentual de óbitos entre crianças com 37 a 41 semanas de gestação (76,5%) e partos cesáreos (64,7%), (Tabela 3).

Analisando-se características das crianças (Tabela 3), verificou-se que maior percentual de óbitos ocorreu entre crianças do sexo masculino (52,9%), de óbitos entre crianças pardas (52,9%) e maior percentual de óbitos entre as crianças de peso normal (64,7%).

Considerando-se a causa de óbito, identificou-se (Tabela 4) maior percentual de mortes infantis por malformações congênitas (15,4%) e afecções originadas no período perinatal (15,4%), o segundo grupo predominante de doenças do aparelho respiratório (11,8%), seguido de doenças do sistema nervoso (11,8%).

TABELA 3- Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo características selecionadas no período de 2011, Ceilândia-DF

Variáveis	Números absolutos	Distribuição(%)
Mãe		
Idade da Mãe	17	100
≤19 anos	4	23,5
>19 anos	13	76,5
Escolaridade da Mãe	17	100
Nenhuma	-	-
1 a 3 anos	10	58,8
4 a 7 anos	5	29,4
8 a 11 anos	2	11,8
12 e mais		
Tipo de Gravidez	17	100
Única	16	94,1
Dupla	1	5,9
Tripla e mais	-	-
Tipo de parto	17	100
Vaginal	6	35,3
Cesáreo	11	64,7
Recém-nascido		
Sexo	17	100
Masculino	9	52,9
Feminino	8	47,1
Raça/Cor	17	100
Branca	7	41,2
Preta	1	5,9
Parda	9	52,9
Peso ao nascer (g)	17	100
<2.500	06	35,3
≥2.500	11	64,7

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal

TABELA 4- Distribuição dos Óbitos Pós-Neonatal segundo Causa Básica (Cid 10) no período de 2011, Ceilândia-DF

CID-10	Números absolutos	Distribuição(%)
Causa Básica		
E00-E90 Doenças endócrinas, nutricionais e metabólicas	01	5,9
G00-G99 Doenças do sistema nervoso	02	11,8
I00-I99 Doenças do aparelho circulatório	01	5,9
J00-J99 Doenças do aparelho respiratório	02	11,8
K00-K93 Doenças do aparelho digestivo	01	5,9
P00-P96 Algumas afecções originadas no período perinatal	04	23,5
Q00-Q99 Malformações congênitas, deformidades e anomalias cromossômicas	04	23,5
R00-R99 Sintomas, sinais e achados anormais de exames clínicos e de laboratório	01	5,9
V, W, X, Y Causas externas de morbidade e de mortalidade	01	5,9
Total	17	100

Fonte: Sistema de Informações sobre Mortalidade- Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal.

Observa-se que no que se refere às variáveis socioeconômicas desses óbitos (Tabela 5), a maior parte das mães é dona de casa (41,2%), casadas (70,6%) com renda familiar de um salário mínimo (41,2%) e escolaridade de 4 a 7 anos (58,8%), nasceram em Brasília (35,3%), moram no Bairro Ceilândia Norte (35,3%) em domicílios com água que vem da rede geral (88,2%) e filtrada (82,4%), com sistema de esgoto (88,2%) e com coleta de lixo (100%).

TABELA 5 Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo as variáveis socioeconômicas selecionadas no período de 2011, Ceilândia/DF

Variáveis	Números absolutos	Distribuição(%)
Mãe		
Ocupação	17	100
Dona de casa	08	47,1
Doméstica	03	17,6
Estudante	02	11,8
Atendente	01	5,9
Auxiliar de Farmácia	01	5,9
Operadora de Caixa	01	5,9
Professora	01	5,9
Estado Civil	17	100
Casada	12	70,6
Solteira	05	29,4
Viúva	-	-
Separada/divorciada	-	-
Renda	17	100
1 salário mínimo	07	41,2
01 a 03 salários mínimos	06	35,5
04 a 10 salários mínimos	04	23,5
10 a 20 salários mínimos	-	-
Acima de 20 salários mínimos	-	-
Bairro		
Ceilândia Norte	17	100
Ceilândia Sul	06	35,3
PSul	04	23,5
Setor O	02	11,8
Setor de Chácara	04	23,5
	01	5,9
Naturalidade		
Brasília	17	100
Piauí	06	35,3
Maranhão	03	17,6
Bahia	02	11,8
Paraíba	02	11,8
Tocantins	02	11,8
Minas	01	5,9
	01	5,9
Tipo Casa		
Tijolo	17	100
Taipa revestida	17	100
Taipa não revestida	-	-
Madeira	-	-
Material aproveitado	-	-
	-	-
Saneamento		
Água	17	100
Rede geral	17	100
Poço ou nascente	-	-
Outros	-	-
Tratamento Água	17	100
Filtração	14	82,3
Fervura	01	5,9
Cloração	01	5,9
Sem tratamento	01	5,9
Esgoto	17	100
Sistema de esgoto	16	94,1
Fossa	01	5,9
Céu aberto	-	-
Lixo	17	100
Coletado	17	100
Queimado/ enterrado	-	-
Céu aberto	-	-

6.3-Distribuição espacial da mortalidade infantil pós-neonatal no período de Ceilândia

A Figura 1 apresenta a espacialização dos óbitos pós-neonatais de Ceilândia-DF, por meio da técnica de geoprocessamento dessa cidade no período de 2011. Observa-se que houve maior frequência de óbitos no bairro Ceilândia Norte, onde há centros de saúde que cobrem toda a área. Isso mostra que as mães residentes nesse bairro não tiveram acesso aos serviços de atenção primária e teve menor acesso aos serviços de maior complexidade resolutiva como os de atenção secundária e terciária ³¹.

Figura. 1 - A espacialização dos óbitos pós-neonatais, na Cidade de Ceilândia-DF, em 2011



No entanto, de acordo com a Tabela 6, a maioria das mães quando esteve doente o primeiro serviço de saúde que elas procuraram foi o pronto-socorro (35,3%). Em relação ao pré-natal a maior parte das mães não teve dificuldades para fazê-lo (76,5%) e este não foi de alto risco (58,8%). Para a maioria delas foi indicada para o parto na maternidade referência do Hospital Regional de Ceilândia (41,2%) e a maior parte das mães consideravam sua saúde boa (70,6%).

TABELA 6-Distribuição dos óbitos pós-neonatais segundo as condições de saúde da mãe no período de 2011, Ceilândia/DF

Variáveis	Números absolutos	Distribuição (%)
Saúde da Mãe		
Serviço de Saúde	17	100
Pronto socorro ou emergência	06	35,3
Posto de saúde	05	29,4
Consultório particular	03	17,6
Automedicação	02	11,8
Policlínica	-	-
Consultório particular	-	-
Farmácia para compra de medicamento	-	-
Agente Comunitário de Saúde	-	-
Atendimento domiciliar	-	-
Medicação caseira	-	-
Curandeiro ou benzedeira	-	-
Outros serviços de saúde	01	5,9
Dificuldade no pré-natal	17	100
Não	14	82,4
Sim	03	17,6
Pré- natal alto risco	17	100
Não	11	64,7
Sim	06	35,3
Avaliação do pré-natal	17	100
Muito bom	04	23,5
Bom	06	35,3
Regular	03	17,6
Ruim	02	11,8
Muito ruim	01	5,9
Não se aplica	01	5,9
Maternidade do Parto	17	100
HRC	07	41,2
HRAN	02	11,8
HRPI	02	11,8
HREN	01	5,9
HSFDF	01	5,9
Não Informada	04	23,5
Percepção da saúde	17	100
Muito bom	02	11,8
Bom	12	70,6
Regular	02	11,8
Ruim	-	-
Muito ruim	01	5,9

6.4-Itinerário que a mãe realizou durante o processo de adoecimento da criança até o óbito no período de 2011

A maior parte das crianças não nasceu com problema de saúde (52,9%) e as que nasceram com problema de saúde houve maior frequência de prematuridade (11,8%) e síndrome (11,8%). A maioria dessas crianças faleceu com idade de 1 mês (23,5%) e 3 meses de idade (23,5%).

Em relação à saúde da criança, observa-se pela Tabela 7, as crianças que nasceram e permaneceram no hospital até o óbito foi 29,5% e 70,5% foram as crianças que nasceram e tiveram alta e dessas 41,2% adoeceram e a mãe procurou mais de um serviço de saúde. As crianças que foram a óbito no primeiro serviço de saúde que a mãe procurou corresponderam a 23,5% e 5,9% morreram no domicílio.

As mães entrevistadas (41,2%) informaram ter procurado uma ou mais unidades de saúde para atendimento da criança e essa informação aponta não só para o baixo grau de resolutividade dos nossos serviços, como também para a insuficiente organização e articulação da rede de serviços, o que leva à perda de tempo em deslocamentos, por referências inadequadas e sistema de transporte inexistente entre as unidades de saúde, comprometendo, a efetividade dos atendimentos¹³.

No processo de adoecimento da criança o primeiro serviço de saúde procurado pela maior parte das mães foi o hospital (52,9%), provavelmente pelas dificuldades de acesso à atenção básica, o que motiva a grande demanda pelos serviços de emergência ¹⁷ e a maioria delas não procuraram outro serviço de saúde (58,8%).

As mães que tiveram a indicação de medicação no domicílio como encaminhamento representaram 23,5%; o tempo gasto de casa ao hospital foi de menos de 30 minutos (41,2%), deslocamento com veículo particular correspondeu a 35,3%. As mães avaliaram como muito bom o serviço de saúde prestado ao seu filho (41,2%).

Apesar da maioria das mães avaliar o serviço de saúde como muito bom, é preciso enfatizar a importância da estrutura dos serviços de saúde para lidar com as situações de risco, como no parto e puerpério imediato, sendo que em Ceilândia/DF há um hospital regional e 12 centros de saúde ¹⁵.

TABELA 7-Distribuição Dos óbitos pós-neonatais segundo as condições de saúde da criança no período de 2011, Ceilândia/DF

Variáveis	Números absolutos	Distribuição(%)
Saúde da Criança		
Problema de saúde ao nascer	17	100
Sim	8	47,1
Não	9	52,9
Problema de saúde	17	100
Prematuridade	2	11,8
Síndrome	2	11,8
Baixo peso	1	5,9
Hidrocefalia	1	5,9
Infecção	1	5,9
Amarelão no corpo	1	5,9
Não informado	9	52,9
Idade	17	100
28 dias	1	5,9
29 dias	1	5,9
1 mês	5	29,4
2 meses	3	17,6
3 meses	5	29,4
9 meses	1	5,9
11 meses	1	5,9
Primeiro serviço de saúde	17	100
Hospital	9	52,9
Posto de saúde	3	17,6
Não se aplica	5	29,5
Encaminhamento	17	100
Medicação	4	23,5
Exame	2	11,9
Transferência	3	17,6
Internação	1	5,9
UTI	3	17,6
Não se aplica	4	23,5
Tempo gasto de casa ao hospital	17	100
Menos de 30 minutos	7	41,2
De 31 minutos a 60 minutos	4	23,5
De 2 horas a 3 horas	1	5,9
Mais de 3 horas	1	5,9
Não se aplica	4	23,5
Meio de transporte para o hospital	17	100
Ônibus	1	5,9
Veículo particular	6	35,3
Carona	1	5,9
Ambulância	5	29,4
Não se aplica	4	23,5
Outros serviços de saúde	17	100
HBDF	1	5,9
HRAN	1	5,9
HRC	2	11,8
HRT	1	5,9
HSFDF	1	5,9
HUB	1	5,9
Não se aplica	10	58,8
Avaliação do serviço de saúde	17	100
Muito bom	7	41,2
Bom	5	29,4
Regular	1	5,9
Ruim	2	11,8
Muito ruim	2	11,8

7- CONCLUSÃO

A mortalidade pós-neonatal em Ceilândia apresentou um aumento nos períodos estudados e permanece ainda como uma questão relevante de saúde pública. Este estudo tornou possível traçar percurso da mãe para acesso aos serviços de saúde da criança no processo de adoecimento até o óbito, no período de 2011, identificando as fragilidades da rede de serviços para a atenção à saúde das crianças menores de 1 ano, em especial no período pós-neonatal.

Em relação às características dos óbitos pós-neonatais, observou-se que a maior proporção de óbitos ocorreu em crianças do sexo masculino, nascidas de parto cesáreo, com idade gestacional de 37 a 41 semanas. As mães destas crianças possuíam a idade maior que 19 anos.

As maiores causas de óbito pós-neonatal em Ceilândia e classificadas segundo a CID-10 foram malformações congênitas, doenças infecciosas, afecções originadas no período perinatal, doenças do aparelho respiratório e doenças do sistema nervoso.

A análise de itinerário feito pela mãe identificou que na maioria das vezes o primeiro serviço de saúde procurado foi a emergência (52,9%) e 70,5% foram as crianças que nasceram e tiveram alta e dessas 41,2% adoeceram e a mãe procurou mais de um serviço de saúde. As crianças que foram a óbito no primeiro serviço de saúde que a mãe procurou corresponderam a 23,5% e 5,9% morreram no domicílio.

O estudo mostra a necessidade de que as iniciativas em relação à saúde materno-infantil por parte dos prestadores e gestores devem ser baseadas em uma avaliação dos aspectos preventivos e qualitativos relacionados com o processo saúde-doença e no comprometimento dos serviços de saúde em Ceilândia com assistência adequada e de boa qualidade à saúde materno-infantil.

REFERÊNCIAS

1. ALVES, Adriana Cherem et al. **Principais causas de óbitos infantis pós-neonatais em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil, 1996 a 2004.** Revista Brasileira de Saude Materno e Infantil [online]. Recife, vol.8, n.1, pp. 27-33, Jan./Mar. 2008.
2. BALDIN, Paulo Eduardo A. and NOGUEIRA, Paulo Cesar K.. **Fatores de risco para mortalidade infantil pós-neonatal.** Revista Paulista de pediatria [online]. São Paulo, vol.26, n.2, pp. 156-160, Jun. 2008.
3. BARROS AJD, Victora CG, Cesar JA, Neumann NA, Bertoldi AD. **Brazil: are health and nutrition programs reaching the neediest?** In: Gwatkin DR, Wagstaff A Yazbeck AS, eds. Reaching the poor: with health, nutrition, and population services: what works, what doesn't, and why. The World Bank [online]. Washington, n.9, pp.281–306, 2005.
4. BERCINI, Luciana O.. **Mortalidade neonatal de residentes em localidade urbana da região sul do Brasil.** Revista de Saúde Pública [online]. São Paulo, vol.28, n.1, pp. 38-45. Fev. 1994.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação de Saúde. **Saúde Brasil 2011: uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da mulher** / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 444 p.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Vigilância do Óbito Infantil e Fetal do Comitê de Prevenção do Óbito Infantil e Fetal.** Brasília, 2009. 77 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. **Abordagens espaciais na saúde pública** / Ministério da Saúde, Fundação Oswaldo Cruz; Simone M. Santos, Christovam Barcellos, organizadores. – Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 136 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada.** Manual técnico. 2005. 163 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos) – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)
9. BRASIL. Ministério da Saúde. **Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil,** 2004. 80 p. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).
10. BUCHALLA, C. M. **Estudo de um Grupo de Recém-Nascidos em Maternidades: Suas Características e a Mortalidade do Período Neonatal Precoce.** 1988. 89 f.. Dissertação (Mestrado em epidemiologia)-Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1988.
11. CAMPOS, Tatiana P.; CARVALHO, Marília Sá and BARCELLOS, Christovam C.. **Mortalidade infantil no Rio de Janeiro, Brasil: áreas de risco e trajetória dos pacientes até os serviços de saúde.** Revista Panamericana de Salud Pública [online]. Washington, vol.8, n.3, pp. 164-171. Set. 2000.

12. DISTRITO FEDERAL. Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. **Plano de Ação da Rede Cegonha/** Distrito Federal, Brasília, 2012. 98p.
13. FORMIGLI, Vera L. Almeida et al. **Avaliação da atenção à saúde através da investigação de óbitos infantis.** Caderno de Saúde Pública [online]. Rio de Janeiro, vol.12, suppl.2 pp. S33-S41, 1996.
14. GEIB, Lorena Teresinha Consalter; FREU, Cheila Mara; BRANDAO, Marlise and NUNES, Magda Lahorgue. **Determinantes sociais e biológicos da mortalidade infantil em coorte de base populacional em Passo Fundo, Rio Grande do Sul.** Ciência & Saúde Coletiva [online]. Rio de Janeiro, vol.15, n.2, pp. 363-370. Mar. 2010.
15. GASTAUD, Ana Lúcia Gomes da Silva; HONER, Michael Robin and CUNHA, Rivaldo Venancio da. **Mortalidade infantil e evitabilidade em Mato Grosso do Sul, Brasil, 2000 a 2002.** Caderno de Saúde Pública [online]. Rio de Janeiro, vol.24, n.7, pp. 1631-1640, 2008.
16. HARTZ, Zulmira Maria de Araújo; CHAMPAGNE, François; LEAL, Maria do Carmo and CONTANDRIOPOULOS, André-Pierre. **Mortalidade infantil "evitável" em duas cidades do Nordeste do Brasil: indicador de qualidade do sistema local de saúde.** Revista de Saúde Pública [online]. São Paulo, vol.30, n.4, pp. 310-318. Ago.1996.
17. LANSKY, Sônia; FRANCA, Elizabeth and LEAL, Maria do Carmo. **Mortalidade perinatal e evitabilidade: revisão da literatura.** Revista de Saúde Pública [online]. São Paulo, vol.36, n.6, pp. 759-772, 2002.
18. MALTA, Deborah Carvalho et al. **Lista de causas de mortes evitáveis por intervenções do Sistema Único de Saúde do Brasil.** Epidemiologia e Serviços de Saúde [online]. Brasília, vol.16, n.4, pp. 233-244. Out.Dez. 2007.
19. MACINKO, J.; GUANAIS, F.C.; SOUZA, M.F.M. **An evaluation of impact of the family health program on infant mortality in Brasil, 1990-2002.** Journal of epidemiology and community health [online]. New York, vol.60, n.1, pp.13-19. Jan. 2006.
20. MACINKO J, Sousa MFM, Guanais F, Simões CS. **Going to scale with community-based primary care: an analysis of the family health program and infant mortality in Brazil, 1999–2004.** Soc. Sci. Méd. [online]. 2007, vol.65, n.10, pp. 2070–2080.
21. OLIVEIRA, Rejane Burlandi de; MELO, Enirtes Caetano Prates y KNUPP, Virginia Maria de Azevedo Oliveira. **Perfil dos óbitos infantis no município do Rio de Janeiro segundo peso ao nascer, no ano de 2002.** Escola Anna Nery Revista de Enfermagem [online]. Rio de Janeiro, vol.12, n.1, pp. 25-29. Mar. 2008.
22. PAIM J, Travassos C, Almeida C, Bahia L, Macinko J. **The Brazilian health system: history, advances, and challenges.** The Lancet. [online]. Salvador, vol.377, n. 9779, pp. 1778-1797. Maio. 2011.
23. Paim JS, Dias CN, Araújo JD. **Influência de fatores sociais e ambientais na mortalidade infantil.** Bol Sanit Panamericana.[online]. Bahia. vol. 84, n.3, pp. 327-340,1980.
24. PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMICÍLIOS. Disponível em: <<http://forumeja.org.br/df/book/export/html/198>>. Acesso em: 08 fevereiro 2012.

25. PORTAL DO CIDADÃO. Disponível em: <<http://www.ceilandia.df.gov.br/>>. Acesso em: 08 fevereiro 2012.
26. RASELLA D, Aquino R, Barreto ML. **Reducing childhood mortality from diarrhea and lower respiratory tract infections in Brazil.** Pediatrics [online]. Salvador, vol.126, n.3, pp.534–540. Ago. 2010.
27. ROUQUAYROL, Maria Zélia; ALMEIDA FILHO, Naomar de. **Epidemiologia & saúde.** 6. ed. Rio de Janeiro: Medsi, 2003. 708p.
28. RUTSTEIN, SO. **Factors associated with trends in infant and child mortality in developing countries during the 1990s.** Bull WHO [online]. Salvador, vol.78, n.10, pp.1256–1270. Maio. 2000.
29. SECRETARIA DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERA. Disponível em: <http://www.saude.df.gov.br/003/00301009.asp?ttCD_CHAVE=171014>. Acesso em 06 setembro 2012.
30. VICTORA CG, Bryce J, Fontaine O, Monasch R. **Reducing deaths from diarrhoea through oral rehydration therapy.** Bull WHO [online]. Pelotas, vol.78,n.10 pp.1246-1255, 2000.
31. VICTORA, Cesar G. et al. **The Pelotas birth cohort study, Rio Grande do Sul, Brazil, 1982-2001.** Cad. Saúde Pública [online]. Pelotas, vol.19, n.5, pp. 1241-1256, 2003.
32. VICTORA CG, Cesar JA. **Saúde materno-infantil no Brasil: padrões de morbidade e possíveis intervenções.** In: Rouquayrol MZ, Almeida-Filho NM, organizadores. Epidemiologia e saúde. 6ª Ed. Rio de Janeiro: Editora MEDSI; 2003. p. 415-67.

APÊNDICES

Apêndice I- Questionário

Questionário

Percurso da mãe para acesso aos serviços de saúde da criança: fator contribuinte para o óbito infantil, Ceilândia-DF

Dados da mãe

Naturalidade:

Estado civil:

- ☐ solteira
- ☐ casada
- ☐ viúva
- ☐ separada judicialmente

Escolaridade:

- ☐ Sem escolaridade
- ☐ Fundamental
- ☐ Médio
- ☐ Superior incompleto
- ☐ Superior completo

Ocupação:

Renda:

- ☐ até 1 salário mínimo
- ☐ 01 a 03 salários mínimos
- ☐ 04 a 10 salários mínimos
- ☐ 10 a 20 salários mínimos
- ☐ acima de 20 salários mínimos

Endereço:

Bairro:

Tipo de casa:

- ☐ tijolo
- ☐ taipa revestida
- ☐ taipa não revestida
- ☐ madeira
- ☐ material aproveitado

Condições de Saneamento

Dados do lixo

- ☐ coletado
- ☐ queimado/ enterrado
- ☐ céu aberto

Tratamento da água no domicílio

- ☐ filtração
- ☐ fervura
- ☐ cloração
- ☐ sem tratamento

Abastecimento de água:

- ☐ rede geral
- ☐ poço ou nascente
- ☐ outros

Destino de fezes e urina

- ☐ sistema de esgoto
- ☐ fossa
- ☐ céu aberto

Saúde da Mãe

1. Qual (is) o (s) serviço (s) você costuma procurar?

- ☐ Posto de saúde
- ☐ Policlínica
- ☐ Consultório particular
- ☐ Ambulatório hospitalar
- ☐ Pronto socorro ou emergência
- ☐ Farmácia para compra de medicamento
- ☐ Agente Comunitário de Saúde (ACS)
- ☐ Atendimento domiciliar
- ☐ Auto-medicação
- ☐ Medicação caseira
- ☐ Curandeiro ou benzedeira
- ☐ Outros serviços de saúde.

2. Durante a gravidez, teve algumas dificuldades no pré-natal em relação a consulta no Centro de Saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

Pré-natal de alto risco

- ☐ Sim
- ☐ Não
- ☐ Não se aplica

3. Durante o pré-natal foi indicada a maternidade de referência para o parto?

- ☐ Sim
- ☐ Não

4. Como você (mãe) avalia o atendimento no pré-natal?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim
- ☐ Não se aplica

5. Como você percebe a sua saúde hoje?

- ☐ Muito bom
- ☐ Bom
- ☐ Regular
- ☐ Ruim
- ☐ Muito ruim

Saúde da criança

6. Após o nascimento do (a) seu filho (a) na maternidade, ele teve algum problema de saúde?

- ☐ Sim
- ☐ Não

7. Se sim, qual era o problema de saúde?

8. Qual era a idade do seu filho?

9. Qual o serviço de saúde que você procurou primeiro?

10. Seu filho foi atendido?

- ☐ Sim
- ☐ Não

11. Quais foram os outros serviços em saúde que você levou a criança?

12. Quanto tempo você demorou a chegar ao serviço procurado pela última vez?

- ☐ Menos de 30 minutos
- ☐ De 31 minutos a 60 minutos
- ☐ De 1 hora a 1 hora e 59 minutos
- ☐ De 2 horas a 3 horas
- ☐ Mais de 3 horas
- ☐ Atendimento no domicílio

13. Qual a forma de transporte utilizado para se deslocar ao último serviço de saúde procurado nos últimos trinta dias?

- ☐ Ônibus
- ☐ Veículo particular
- ☐ Carona ou transporte escolar
- ☐ A pé
- ☐ Bicicleta
- ☐ Animal
- ☐ Motocicleta
- ☐ Ambulância
- ☐ Táxi
- ☐ Outros meios

☐ não houve deslocamento (domicílio)

14. Quanto tempo você aguardou para ser atendido no último serviço de saúde procurado?

- ☐ Menos de 30 minutos

- ☐ De 31 minutos a 60 minutos
 - ☐ De 1 hora a 1 hora e 59 minutos
 - ☐ De 2 horas a 3 horas
 - ☐ Mais de 3 horas
 - ☐ Atendimento domiciliar
15. Você teve algum gasto financeiro com esse deslocamento?
- ☐ Não
 - ☐ Sim
16. Qual o valor do gasto com esse deslocamento? R\$:_____
17. Considera que o serviço prestado ou atendimento em saúde recebido pelo seu filho (a) foi:
- ☐ Muito bom
 - ☐ Bom
 - ☐ Regular
 - ☐ Ruim
 - ☐ Muito ruim

Apêndice II - Dicionário para traçar o perfil dos óbitos pós-neonatais

Identificação das Variáveis Maternas

1.IDAME = Idade da mãe digitada em anos.

≤19 anos=1

>19 anos=2

2. ESTCIVIL= Estado civil da mãe

Solteira = 1

Casada= 2

Viúva= 3

Separada/divorciada= 4

3.ESCMAE: Escolaridade materna em anos de estudo completos.

Nenhum = 1

De 1 a 3 = 2

De 4 a 7 = 3

De 8 a 11 = 4

12 ou mais = 5

Identificação das Variáveis Obstétricas

4. TIPOGRAV: Tipo de gravidez.

Única = 1

Dupla = 2

Tripla ou mais = 3

5. TIPOPART: Tipo de Parto.

Vaginal = 1

Cesáreo = 2

6. GESTACAO= Idade gestacional do parto (em semanas).

Menos de 22 = 1

De 22 a 27 = 2

De 28 a 31 = 3

De 32 a 36 = 4

De 37 a 41 = 5

42 e mais = 6

Identificação das Variáveis Infantis

7. PESO: Peso ao nascer em gramas

<2.500=1

≥2.500=2

8. SEXO: Sexo do recém-nascido.

Masculino = 1

Feminino = 2

9. RACACOR: Raça/cor no neonato.

Branca = 1

Preta = 2

Parda = 3

10. CAUSAOBITO: Causa do óbito descrita na DO

Apêndice III- Dicionário de codificação do questionário para coleta de dados

Identificação das Variáveis Maternas

1. NATURALIDADE= cidade onde a mãe nasceu

2. ESTCIVIL= Estado civil da mãe

Solteira = 1

Casada= 2

Viúva= 3

Separada/divorciada= 4

3. ESCMAE: Escolaridade materna.

Sem escolaridade=1

Fundamental=2

Médio=3

Superior incompleto=4

Superior completo=5

4. OCUP: Ocupação da mãe.

5. RENDA= renda da família

Até 1 salário mínimo=1

01 a 03 salários mínimos=2

04 a 10 salários mínimos=3

10 a 20 salários mínimos=4

Acima de 20 salários mínimos=5

6. ENDER: Endereço da mãe constante na DO.

7. BAIRRO: Bairro constante na DO.

8. TIPO DE CASA:

Tijolo =1

Taipa revestida=2

Taipa não revestida=3

Madeira =4

Material aproveitado=5

Condições de Saneamento

9. LIXO=Destino do lixo

Coletado =1

Queimado/ enterrado=2

Céu aberto=3

10. ÁGUA= Água de consumo da sua família

Rede geral=1

Poço ou nascente=2

Outros =3

11. TRATAGUA=Tratamento de água de consumo da sua residência

Filtração =1

Fervura =2

Cloração =3

Sem tratamento =4

12. ESGOTO= Destino de fezes e urina da sua residência

Sistema de esgoto=1

Fossa =2

Céu aberto=3

Saúde da Mãe

13. TIPOSS= Serviço(s) que a mãe costuma procurar

Posto de saúde=1

Policlínica=2

Consultório particular=3

Ambulatório hospitalar=4

Pronto socorro ou emergência=5

Farmácia para compra de medicamento=6

Agente Comunitário de Saúde=7

Atendimento domiciliar=8

Automedicação=9

Medicação caseira=10

Curandeiro ou benzedeira=11

Outros serviços de saúde=12

14. PRENATAL =dificuldades no pré-natal em relação a consulta no Centro de Saúde

Sim=1

Não=0

Não se aplica=99

15. ALTORISCO= pré-natal de alto risco

Sim=1

Não=0

Não se aplica=99

16. MATPARTO= maternidade indicada para o parto

17. AVALIAPRENATAL= avaliação da mãe sobre o atendimento durante o pré-natal

Muito bom=1

Bom=2

Regular=3

Ruim=4

Muito ruim=5

Não se aplica=99

18. SAUDEMAE= percepção da saúde da mãe

Muito bom=1

Bom=2

Regular=3

Ruim=4

Muito ruim=5

Saúde da criança

19. APOSNASC= Após o nascimento a criança teve algum problema de saúde

Sim=1

Não=0

20. PROBLEMA= problema de saúde

21. TEMPONASC= idade da criança quando faleceu

22. SSPROCURA= primeiro serviço de saúde que a mãe procurou

23. ENCAMINHAMENTO= o encaminhamento do serviço de saúde

24. OUTROSSS= outros serviços em saúde que a mãe levou a criança

25. TEMPOSS= tempo que a mãe demorou a chegar ao serviço procurado

Menos de 30 minutos=1

De 31 minutos a 60 minutos=2

De 1 hora a 1 hora e 59 minutos=3

De 2 horas a 3 horas=4

Mais de 3 horas=5

Atendimento no domicílio=6

26. TRANSPORTE= o transporte utilizado para a mãe se deslocar ao último serviço de saúde procurado nos últimos trinta dias

Ônibus =1

Veículo particular=2

Carona ou transporte escolar=3

A pé=4

Bicicleta=5

Animal=6

Motocicleta=7

Ambulância=8

Táxi=9

Outros meios=10

Não houve deslocamento (domicílio)=11

27. ULTIMOSS= o tempo que a mãe aguardou para ser atendido no último serviço de saúde procurado

Menos de 30 minutos=1

De 31 minutos a 60 minutos=2

De 1 hora a 1 hora e 59 minutos=3

De 2 horas a 3 horas=4

Mais de 3 horas=5

Atendimento domiciliar=6

28. QUALENCA= o encaminhamento do serviço de saúde

29. GASTO=gasto financeiro com deslocamento

Sim=1

Não=0

30. VALOR= valor do gasto com deslocamento

31. SSPREST=avaliação do serviço prestado ou atendimento em saúde recebido pela criança

Muito bom=1

Bom=2

Regular=3

Ruim=4

Muito ruim=5

Apêndice IV -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Universidade de Brasília /Faculdade de Ceilândia

Curso de Saúde Coletiva

Título do projeto de pesquisa: Percurso da mãe para acesso aos serviços de saúde da criança: fator contribuinte para o óbito infantil

Orientadora: Profª Drª Patrícia Maria Fonseca Escalda (matrícula UnB 1035479)

Estudante responsável: Edilaine da Silva Ferreira

Você está sendo convidada a participar de uma pesquisa conduzida por mim, Edilaine da Silva Ferreira, estudante do curso de saúde coletiva da Faculdade de Ceilândia/ Universidade de Brasília. A pesquisa proposta tem como objetivo analisar o percurso que você realizou com o (a) seu filho (a) na busca de assistência médica quando o seu filho estava doente antes do seu falecimento.

A sua participação na pesquisa envolverá as seguintes atividades: assinatura deste termo de consentimento livre e esclarecido e responder a um questionário com duração média de 30 minutos. As atividades previstas não envolvem riscos à sua saúde. As informações serão tratadas com sigilo. A pesquisadora se compromete em guardar o material da pesquisa de forma ética e sigilosa. Os resultados serão divulgados através do trabalho de conclusão de curso e poderão ser utilizados em outras publicações ou atividades científicas, sem identificação, assegurando a sua privacidade.

Esclarecemos que a sua participação é voluntária e livre de qualquer remuneração ou benefício. Você tem a liberdade para deixar de responder perguntas que julgue trazer algum constrangimento ou cancelar o consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para a sua relação com o pesquisador ou com a instituição, bastando que nos comunique a sua decisão.

O estudo espera contribuir com a discussão sobre o acesso aos serviços de saúde para a assistência à saúde da criança e desta forma diminuir a mortalidade pós-neonatal.

Se você tiver alguma dúvida posterior ou desejar entrar em contato com a pesquisadora utilize o e-mail edilainysilva@gmail.com ou ligue para 35817817. Poderá também entrar em contato com a orientadora da pesquisa pelo telefone 3107 8418 ou com o Comitê de Ética em Pesquisa da FEPECS (telefone: 33254955 ou e-mail cepsesdf@saude.df.gov.br:). Sua assinatura abaixo significa que você leu este consentimento, esclareceu suas dúvidas e concordou em participar nos termos indicados.

Este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido foi redigido em duas vias, uma ficará com você e outra com a pesquisadora.

Agradecemos por seu interesse e disponibilidade em participar da pesquisa.

Brasília, de Maio de 2012.

Assinatura da estudante: _____

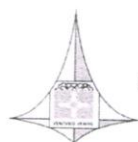
Nome do participante voluntário: _____

Assinatura do participante voluntário: _____

Assinatura da professora Orientadora: _____

ANEXO

Anexo I- Carta de Aprovação



GOVERNO DO DISTRITO FEDERAL
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE
Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde



COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Carta Nº 100/2012 - CEP/FEPECS.

Brasília, 18 de abril de 2012.

Ilmoº (a) Senhor(a)

COORDENADOR(a) GERAL DE SAÚDE DE CEILÂNDIA – SES/DF

Assunto: aprovação do projeto de pesquisa – 023/12 - CEP/SES/DF

Senhor(a) Diretor(a),

Participamos a V. Sa. que o projeto “PERCURSO DA MÃE PARA ACESSO AOS SERVIÇOS DE SAÚDE DA CRIANÇA: FATOR CONTRIBUINTE PARA O ÓBITO INFANTIL” encontra-se em conformidade com a Resolução 196/96 Conselho Nacional de Saúde/Ministério da Saúde - CNS/MS e suas complementares.

Data da aprovação: 18/04/2012

Validade do parecer: 18/04/2014

Pesquisador responsável e telefone: PATRÍCIA MARIA FONSECA ESCALDA – (61) 3541-9755

Os dados serão coletados na SES-DF e o pesquisador deverá observar as responsabilidades que lhe são atribuídas na Resolução 196/96 CNS/MS, incisos IX.1 e IX.2, em relação ao desenvolvimento do projeto, bem como a responsabilidade de acompanhar a coleta de dados junto aos demais pesquisadores do projeto.

Ressaltamos que a conduta do pesquisador, assim como o seu acesso à Unidade de Saúde deve seguir as normas e os procedimentos preconizados pela Secretaria de Estado de Saúde do Distrito Federal. O pesquisador deve se apresentar ao Diretor da Unidade de Saúde para os procedimentos administrativos necessários.

Atenciosamente,

Maria Rita Carvalho Garbi Novaes
Comitê de Ética em Pesquisa/FEPECS
Coordenadora

AL-CEP/FEPECS

Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde - SES
Comitê de Ética em Pesquisa
Fone/Fax: 3325-4955 – e-mail: cepesdf@saude.df.gov.br
SMHN – Q. 501 – Bloco “A” – Brasília – DF – CEP 70.710-907
BRASILIA - PATRIMONIO CULTURAL DA HUMANIDADE